Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 maja 1882. **№ 21.** Rok XXI.

I. O inkarceracyjach wewnętrznych.

Przez Dra Szeparowicza.

Rzecz wyłożona na posiedzeniach Tow. lek. gal. we Lwowie d. 20 stycznia i 12 marca 1881.

Na posiedzeniu z d. 18 grudnia 1880 miałem zaszczyt zwrócić uwagę szan. Kolegów, że w sprawie inkarceracyj wewnętrznych, a mianowicie określenia ich umiejętnego i podziału, panuje w literaturze największe zamięszanie. Przyczyną jego niezgodność anatomów patologicznych z klinicystami wewnętrznymi z jednéj strony a autorami odnośnych monografij z drugiéj. Ta okoliczność tudzież podnieta, jakiéj doznałem w rozprawie, wytoczonéj na posiedzeniu wyżéj powołaném, były mi bodźcem do przestudyjowania sprawy inkarceracyj wewnętrznych. Oto wynik mych studyjów:

Doświadczenie codzienne poucza, że ilekroć który z lekarzy opisuje przypadek inkarceracyi wewn., który, zakończywszy się wyzdrowieniem, nie został stwierdzony sekcyją, zawsze spotyka się z powątpiewaniem kolegów. O ile skrupulatność jest w naukach ścisłych w ogóle pożądaną, o tyle nieufność w téj sprawie, a mianowicie powątpiewanie w możliwość wyzdrowienia z inkarceracyi wewn., nazwać się godzi pesymizmem. Zkąd ten pesymizm? Zdaniem mojem, należy przyczyny jego szukać:

1. W téj okoliczności, żeśmy się przyzwyczaili do obrazów anatomicznych napotykanych pośmiertnie, gdzie stosunki bywają częstokroć tak zawile, że trudno u żywych przypuścić możliwość wyzdrowienia w takich warunkach.

2. Sposób leczenia, używany przez lekarzy, bywa często nie racyjonalny, a skutkiem jego fatalny zwykle przebieg choroby.

3. Wyobrażenia o mechanizmie inkarceracyi są u ogółu lekarzy nieodpowiednie, właściwe zaś pojęcia, wyrobione w ostatnim dziesiątku lat przez studyja chirurgów, nie są dość upowszechnione.

Rozpoczynając wywód zamierzony od punktu ostatniego, winienem naznaczyć, że wedle pospolitego wyobrażenia inkarceracyja kiszek polegać ma na tak silnym ich ucisku, iż ten już sam tłumaczy wszystkie objawy kliniczne. Takie pojmowanie sprawy chorobowéj jest mylném. Już bowiem przepukliny zewnętrzne uczą nas, że w wielu przypadkach inkarceracyj tychże, mimo długiego jéj trwania, nie napotykamy takich zboczeń w krążeniu, któreby były nieuniknionemi, gdyby istniał ucisk tak silny, aby nim samym wytłumaczyć się dały oba przypady najgłówniejsze inkarceracyi zewnętrznéj: przerwa w komunikacyi treści między pętlą inkarcerowaną a resztą kiszek w jamie brzusznéj tudzież przeszkodą w krążeniu.

Jednym z pierwszych, który usiłował istotę inkarceracyi wystudyjować był B o r g g r a e v e. Doświadczenia swe robił na żywych królikach: na pętle kiszek, wydobywane przez sztuczny otwór w ścianach brzusznych nakładał obrączki druciane, następnie odprowadzał pętle do jamy brzusznéj, a po pewnym czasie uskuteczniał oględziny pośmiertne. Wynik rękoczynu bywał taki, że pętle okazywały się po śmierci zwierząt obrzękłemi, przekrwionemi, napełnionemi śluzem w znacznéj ilości i przedstawiały kulistą postać, chociaż w chwili doświadczenia były podłużnemi. Borggraeve wnosił ztąd, że bezpośrednio skutkiem ucisku powstaje zastoina żylna itd. Podobne doświadczenia robił na żywych zwierzętach S c h w e n i n g e r. Zasługa przeniesienia doświadczeń na pole fizyczne należy się R o s e r o w i. Wynik studyjów tych jest następujący:

Według R o s e r a (1858) przyczyną głównych cech inkarceracyi jest wytwarzanie się w pętli inkarcerowanéj (tak w części wstępującéj jak i występującéj) fałdów poprzecznych z błony śluzowéj, które zamykają światło pętli na wysokości pierścienia inkarcerującego. Według B u s c h a (1863) teoryja powyższa jest mylną, a właściwą przyczyną inkarceracyi jest odgięcie najprzód części występującéj a następnie i wstępującéj na wysokości pierścienia, i w sku-

tek tego przerwa komunikacyi. Według Lossena (1874) zamknięcie zupełne światła kiszki w pętli a mianowicie w części jéj wstępującéj na wysokość pierścienia jest fizycznie nie możliwém, a właściwą przyczyną inkarceracyi jest ucisk, jaki wywiera część wstępująca, najprzód się napełniająca, na część występującą na wysokość pierścienia. Hofmokl wykazał za pomocą doświadczenia, wykonanego w lejku szklanym, gdzie odgięcie według Buscha jest niemożliwém, że teoryja Buscha jest mylną i upatruje przyczynę inkarceracyi w ucisku, jaki wywiera część wstępująca na występującą atoli nie na wysokości pierścienia (Lossen) jeno przed pierścieniem, względnie powyżéj niego w jamie brzusznéj. Zapatrywanie powyższe licuje ze zdaniem, wygłoszoném jeszcze przez starego Scarpę, który także wyraźnie zaznaczał ustawienie pętli uwięźniętéj pod kątem do reszty kiszek w jamie brzusznéj. Kocher w pierwszéj części studyjów swoich wygłosił takie same zdanie o istocie uwięźnienia jak Hofmokl. Atoli w dalszym ich ciągu doszedł do wniosku wcale innego, a mianowicie że przyczyną uwięźnienia ma być nagłe rozdęcie kiszki nad miejscem ścieśnionêm. Zapatrywanie to udowadnia własném doświadczeniem zasadniczém. W niém za punkt wyjścia bierze doświadczenie Buscha (kawałek kiszki ścieśnionéj w przebiegu nitką na cewniku Nr. 8, 10, 12), dodaje atoli do niego rurę szklaną, którą wprowadza w światło kiszki aż do miejsca ścieśnionego, (tak że odgięcie, którém Busch tłumaczy inkarceracyją, jest niemożliwém) poczém nagle napełnia: przez ścieśnienie nic nie przechodzi. Chyżość ma się tu zdaniem Kochera, zamieniać na parcie ościenne.

Mamy więc przed sobą 4 zasadnicze teoryje o mechanizmie inkarceracyi:

1. fałdów (Rosera), 2. odgięcia (Buscha), 3 hydrostatycznego ucisku (Lossena), 4. rozdęcia (Kochera). Za ostatnią przemawiają doświadczenia tak fizyczne jak wykonywane na żywych zwierzętach. Tę więc wypada przyjąć, przynajmniéj na razie, za podstawę nauki o inkarceracyjach. Kocher rozróżnia 3 stopnie uwięznienia:

Pierwszy najniższy. Pętla uwięźniona jest w pewnych chwilach dostępną dla treści kiszek z góry, posuwanéj ruchem robaczkowym, a inkarceracyja ma miejsce w pętli występującéj. Ten najniższy stopień odpowiada uwięźnieniu Lossenowskiemu. Kocher nazywa ją zastoiną kałową *(Kothstauung, engouement)*, która atoli jest różną od zwykłéj zastoiny kałowéj, istniejącéj bez powyższych przeszkód mechanicznych. Doświadczeniami na królikach, Kocher wykazał, że i w tym najniższym stopniu inkarceracyi wystąpić może nawet zgorzelina pętli i śmierć. Doświadczenia uskuteczniał w ten sposób, że królikom zakładał na pętle kiszek pierścienie dość wolne, poczém króliki biegały dość długo zdrowo, jadły itd. Następnie podawał im koniczynę świeżą, która jak wiadomo, sprawia wzdęcie. Wnet powstawały przypady inkarceracyi i śmierć, a sekcyja wykazywała zgorzelinę pętli skutkiem zboczeń w krążeniu. Doświadczenie przerzeczone ilustruje dobrze teoryję Kochera o rozdęciu.

Drugi stopień: w pierwszych chwilach po wystąpieniu pętli możliwym jest ruch robaczkowy w pewnych odstępach tudzież wstępowanie do pętli treści z góry, atoli niebawem skutkiem rozdęcia kiszki w pętli i po nad pętlą wstępującą tworzy się inkarceracyja na wysokości pierścienia w kiszce wstępującéj. Jestto wyższy stopień inkarceracyi, który wymaga znaczniejszego ścieśnienia. Kocher nazywa go inkarceracyją kałową (*incarceratio stercoralis*). Zboczenia w krążeniu powstają i tu nie bezpośrednio skutkiem ucisku, lecz pośrednio skutkiem rozdęcia.

Trzeci najwyższy stopień: Od pierwszéj chwili pętla jest próżną, bo albo jako taka wystąpiła, albo pod uciskiem pierścienia ciasnego, przez który wychodziła, wypróżniła się, a pierścień jest tak ciasny, że bezpośrednio skutkiem ucisku powstają zboczenia w krążeniu i zgorzelina. Kocher nazywa ten stopień inkarceracyją sprężystą *(incarceratio elastica)*. Klinicznie spostrzega się tę formę w zakresie przepuklin zewnętrznych w inkarceracyjach przepuklin udowych. Przypadek taki niedawno obserwowałem sam u kobiety Pętla była malutką, całkiem zgorzeliną objętą, i tak próżną, że nawet po rozcięciu zachodziła wątpliwość, ażali mam przed sobą światło kiszki.

Wyniki opowiedzianych studyjów nad mechanizmem uwięźnienia należy przyjąć, i zastosować w całości do pojęć o inkarceracyjach wewnętrznych. Rozmaite stopnie inkarceracyj tłumaczą różnice, jakie widujemy w przebiegu klinicznym poszczególnych przypadków.

W obec okoliczności, że autorowie znacznie się między sobą różnią w pojęciu istoty inkarceracyi w ogóle i w podziale inkarceracyj wewnętrznych w szczególe, zachodzi pytanie, czyby nie było lepiéj, nazwę tę zupełnie wykreślić z terminologii lekarskiéj? Peyrot, autor niedawno z druku wyszłego dzieła: *L'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinal*, nie umieścił w swym podziale rubryki osobnéj *l'etranglement*, odpowiadającéj wyrażeniu *incarceratio*. Natomiast przy każdéj innéj rubryce dodaje w miarę potrzeby sposobem przymiotu wyrazy *étranglé* lub *étranglement*, np. *étranglement dans l'intussusception*. Zdaniem mojém nazwę *incarceratio* trzeba zatrzymać z kilku przyczyn. I tak: 1) czém ją zastąpić? *Ileus* jest wyrażeniem czysto przypadowém, oznacza wymioty kałowe bez względu na przyczynę lub stosunki anatomiczne, podczas gdy inkarceracyja obejmuje w sobie nietylko pewną grupę przypadów, lecz wskazuje także w pewnéj mierze na stosunki anatomiczne, jakto: przerwę w komunikacyi treści kiszek i zboczenia w krążeniu. Łacińska nazwa *incarceratio* jest ogólniejszą aniżeli równoznaczne wyrazy w innych językach. I tak niemieckie *Einklemmung* jest wyrażeniem bardziéj szczegółowém, bo oznacza więcéj ucisk z dwóch stron, przypominając stolarski przyrząd zwany *Klemme*, *incarceratio* zaś (dosłownie zaaresztowanie) oznacza w ogóle odosobnienie pewnéj części kiszki nie wdając się w jakość działania lub stopień siły odosobniającéj. Polskie uwięźnienie odpowiada raczéj nazwie łacińskiéj *strangulatio*, owemu 3mu stopniowi inkarceracyi nazwanemu przez Kochera *incarceratio elastica*. 2) Potrzeba nazwy inkarceracyja wynika także z praktycznych względów, mianowicie stanowiska lekarza względem chorego i rodziny. Lekarzowi potrzeba nazwy, która ewentualnie usprawiedliwić ma propozycyję tak heroicznego środka jak laparotomija. Podział, jakiego używa Niemeyer, Lichtenstern w dziele Ziemssena, Peyrot i i. zniewala lekarza do rozpoznania albo zbyt ogólnego: zatkanie kiszek, *Darmverschliessung*, *l'obstruction intestinal*, w obec którego ewentualna propozycyja laparotomii wymaga szerokiego tłumaczenia i usprawiedliwienia (gdyż zatkanie może być także po prostu wynikiem twardego kału, a w obec tego trudno zaproponować laparotomiję), albo téż podział taki zmusza lekarza do rozpoznania bardzo szczegółowego np. *volvulus, hernia interna, intussusceptio* itd. a do tak szczegółowych rozpoznań jeszcze nam daleko. Potrzeba więc ko-

niecznie nazwy bardziéj szczegółowéj aniżeli *Darmverschliessung*, *l'obstruction intestinale* a więcéj ogólnéj aniżeli *volvulus*, *intussusceptio* itd. Taką zaś jest właśnie nazwa *incarceratio*.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kilka słów o hidroterapii suchot płucnych.

Napisał Dr. M. Gumplowicz,

Lekarz zakładu w Ober-Weidlingau.

Zabierając głos w kwestyi, tylokrotnie już a tak obszernie i gruntownie omówionéj, z góry oświadczyć winienem, iż nie czynię tego z powodu, jakobym miał zdać sprawę z jakiegokolwiek postępu wiedzy lekarskiéj w danym kierunku; owszem czynię to jedynie ze względu na to, iż od niejakiego czasu pod godłem rzekomo ściśle umiejętnych badań głoszone bywają w téj mierze zdania, które — gdyby rzeczywiście zdołały wejść w życie i w praktykę lekarską — stanowiłyby nie postęp ale cofnięcie się wstecz terapii, zwrot ku błędom od dawna już znanym, stwierdzonym i omijanym.

Wiadomo, że za czasów Priessnitza i jego pierwszych naśladowców, gdy niesłychany entuzyjazm i ślepa wiara w cuda wodolecznictwa ogarnęły umysły publiki nielekarskiéj, między innemi i liczne gromady suchotników garnęły się do Graefenbergu i poddawały się tam wszelkim próbom empiryczněj hidroterapii. Jakie ztąd wyniknęły skutki, o têm najwyraźniéj świadczy ta okoliczność, że Priessnitz sam, posiadający bądź co bądź w wysokim stopniu zmysł praktyczny, w późniejszym czasie suchotników już wcale nie przyjmował, że się daléj, właśnie na podstawie smutnych doświadczeń graefenbergskich, wyrobiło ogólne przekonanie, jakoby hidroterapija w suchotach płucnych była wręcz przeciwwskazaną.

Mimo tak ogólnego sądu czy przesądu nie zbywało jednak nigdy na lekarzach, którzy się starali o ile możności w suchotach płucnych zastosować i użyć na korzyść chorych mocy leczniczéj hidroterapii. Dość wskazać, że już pierwszy z nowszych autorów, który się w sposób poważny i umiejętny zajął hidroterapiją, Fleury, (*Traité d'hydrothérapie, Paris 1866*), między r. 1850 a 1866 w niektórych przypadkach stosował z dobrym skutkiem środki hidryjatryczne. Większego jednak rozgłosu nabrała hidroterapija suchot płucnych dopiero przez Brehmera (w Görbersdorfie) i właściwie przez niego dopiero uzyskała prawo obywatelstwa w dziedzinie racyjonalnéj terapii. Dla ocenienia, jak oględnie i przedmiotowo sprawę tą w Görbersdorf traktowano, podajemy według Sokołowskiego (*Berl. klin. Wochenschrift 1876*) następujące wskazówki:

1) stosowano hidroterapiję w ogóle tylko w 25—30% leczących się suchotników;

2) w téj liczbie mieścili się prawie wyłącznie chorzy, jak się S. wyraża, „najlepszéj kategoryi," t. j. tacy, u których albo wcale jeszcze nie było zmian rozpoznanych w płucach albo też tylko nieznaczne i określone, a stan ogólny względnie bardzo dobry;

3) że używano wyłącznie takich środków, które stosunkowo mało ciepła ujmują, jako to: zmywania, bardzo krótkie natryski, co najwięcéj nacierania w mokrém prześcieradle;

4) że S. uważa gorączkę trawiącą za przeciwwskazanie do użycia powyższych środków, uznając zarazem, że się niemi ciepłota w gorączce trawiącéj zniżyć nie da.

Wreszcie zapominać nie należy, że hidroterapija stanowiła tylko część niejako pomocniczą w całym systemacie leczenia klimatyczno-dyjetetycznego w Görbersdorfie.

Chociaż obecnie entuzyjazm dla leczenia suchot w Görbersdorfie znacznie już ostygł, jednakowoż wskazane wyżéj zasady w ogóle jako słuszne uznane i przyjęte zostały a dla oddania chwilowego stanu téj kwestyi odnieść się możemy do najnowszéj pracy znakomitego klinicysty francuzkiego prof. Jaccouda w Paryżu. Jaccoud w obszernéj, z widoczném zamiłowaniem w terapii napisanéj i w najdrobniejsze szczegóły wchodzącéj rozprawie o leczeniu suchot [1]) z szczerym zapałem wyraża się o dzielności hidroterapii jako środka higijenicznego w traktowaniu téj choroby, uznaje jednak i wymienia istniejące w téj mierze przeciwwskazania a chociaż sam jest bezwzględnym zwolennikiem działania przeciwgorączkowego u suchotników, mimo to o zwalczaniu gorączki trawiącéj za pomocą hidroterapii nawet nie wspomina. Również przemilcza zupełnie o t. z. opaskach piersiowych wygrzewających, które od dawien dawna w wielu zakładach bywają używane niemal we wszystkich chorobach płuc, opłucny i oskrzeli.

Gdy więc obecnie takie mniéj więcéj zapatrywania powszechnie zapanowały, okazała się w zeszłym roku rozprawka Dra Winternitza w Wiedniu [2]), która od ogólnego prądu opinii w téj mierze znacznie odbiegła. Znajdujemy bowiem w téj rozprawce nie tylko to, co na razie o hidroterapii suchot płucnych jest wszędzie znaném i przyjętém, ale nadto i to, co wprawdzie również jest od dawna znaném, ale powszechnie i słusznie za błędne uznaném, mianowicie: twierdzenie, jakobyśmy posiadali w hidroterapii dzielny środek do zwalczania gorączki trawiącéj suchotników a daléj orzeczenie, jakoby rzeczone opaski piersiowe wywierały wielce zbawienny wpływ na ograniczenie i odosobnienie, zmiękczenie i wessanie istoty gruźliczéj. Zręcznie popierając zdania te argumentami z obszernéj literatury doświadczalno-patologicznéj, obficie lecz bez krytycznego wyboru czerpanemi, zręczniéj jeszcze zatajając nazwiska autorów, którym się tu pierwszeństwo należy, Winternitz umiał nadać tym na wpół już zapomnianym błędom pozór nowych prawd, przez siebie samego odkrytych i uzasadnionych na podstawie „badań fizyjologicznych i klinicznych." Nieskory do polemiki wolałbym o téj sprawie przemilczeć, zwłaszcza, że w Wiedniu samym — *nemo propheta in patria* — rozprawka owa prócz humorystycznéj odprawy [3]) prawie żadnego nie doznała uwzględnienia; gdy jednak od owego czasu W. zdania te już kilkakrotnie publicznie ogłosił, gdy powtarzające się te publikacyje mogłyby znaleźć odgłos w dalszych stronach gdzie trudniéj ocenić ich wartość właściwą, gdy rzecz sama przez się ma wielką doniosłość praktyczną, wreszcie obawiając się, abym według zasady: *qui tacet consentire videtur* nie był o to posądzonym, jakobym zdania takowe podzielał, z tych względów pozwalam sobie pogląd mój na sprawę całą w krótkich zarysach poddać świątléj krytyce kolegów.

Przypuśćmy na chwilę, iżby nam nieznane były dotychczasowe praktyczne rezultaty hidroterapii suchot płucnych, znalibyśmy natomiast raz w ogóle wpływ stosownéj

[1]) Curabilité et Traitement de la Phthisie pulmonaire, Paris 1881.

[2]) Die Aufgaben der Hydrotherapie bei der Lungenphthise, Wien 1881.

[3]) Ob. Wiener allg. med. Ztg. Mai 1881.

hidroterapii na organizm zdrowy lub chorobami innego rodzaju dotknięty, a daléj podane by nam były racyjonalne a szczegółowe wskazania lecznicze w suchotach płucnych, wtedy moglibyśmy, opierając się na tych danych, naznaczyć teoretycznie następujące wskazania do użycia hidroterapii w suchotach płucnych:

1) użyć działania higijenicznego i organizm wzmacniającego hidroterapii w tym celu, aby wzmocnić i lepiéj odżywić wątły organizm suchotników;

2) użyć działania przeciwgorączkowego hidroterapii do zwalczania gorączki trawiącéj;

3) zastosować niektóre środki hidryjatryczne w tym celu, aby ułatwić wessanie wypocin zapalnych, a może i istoty gruźliczéj w płucach;

4) wreszcie zastosować hidroterapiję symptomatycznie przeciw krwotokom, potom, biegunkom, nieżytom oskrzelowym i t. d.

Zapewne nikt nie zaprzeczy, że wskazania te są zupełnie uzasadnione i racyjonalne; rozchodzi się tylko o to, czyli rzeczywiście i o ile w praktyczném leczeniu suchotników wskazaniom tym zadość uczynić jesteśmy w stanie?

Co do pierwszego punktu zważmy nasamprzód w jaki sposób działanie hidroterapii bezpośrednio się nam objaśnia w tych przypadkach, w których wytknięty cel wzmocnienia i lepszego odżywienia organizmu widocznie i niewątpliwie osiągamy? Sprawa odbywa się jak wiadomo mniéj więcéj w sposób następujący: ujmujemy choremu za pomocą środków hidryjatrycznych chwilowo znaczną stosunkowo ilość ciepła, ilość, która normalną produkcyję ciepła w odpowiednim czasie 10, 20, a nawet 30 razy przewyższa; następnie chory już samym instynktem wiedziony, a nadto radą naszą do tego skłoniony, stara się znowu szybko „ogrzać“, t. j. podwyższając czynność swych mięśni podnieść swoją produkcyję ciepła i poniesioną stratę w téj mierze wynagrodzić. Rzecz jasna, że w ten sposób chory ponosi chwilowo pewną utratę istoty organicznéj; gdy jednak w dalszym ciągu łaknienie wzmaga się a pożywienie i stan narządów trawienia są odpowiednie, wtedy uważamy, że nie tylko strata ta chwilowa bywa powetowaną ale że nadto pozostaje nadwyżka. Nadwyżka ta po niejakim czasie okazuje się jako przybytek na wadze, wyraża się przez lepszy wygląd i wzrost siły fizycznéj chorego, a bądź co bądź, zmiana taka dla zdrowia jego może być tylko korzystną. Taki jest przebieg w przypadkach pomyślnych, a taki przebieg byłby oczywiście bardzo pożądanym dla wszystkich suchotników.

Jeżeli się jednak zapytamy, czy tak pomyślny skutek hidroterapii rzeczywiście spostrzegamy u suchotników, tedy na podstawie trzeźwéj obserwacyi odpowiedzieć na to musimy, że wprawdzie w niektórych przypadkach skutek taki osiągnąć się da, że jednak w przeważnéj liczbie tychże sprawa cała zupełnie inny, dla chorego wcale niepożądany, bierze obrót. W téj mierze wypada nam wejść nieco bliżéj w szczegóły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Najnowsze poglądy na chorobę Brighta.

Podał Dr. Pisek ze Lwowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Nerka znów zanikowa przedstawia nam się zazwyczaj w dwóch postaciach; jako nerka „mała biała“ i „mała czerwona“. Nerki takie są zazwyczaj zmniejszone, lekkie co do wagi, twarde a na powierzchni, zasianéj często torbielkami, ziarniste. W białéj małéj nerce ziarenka bywają większe, obejmujące jeszcze gładkie cząstki miąższu, obok mniejszéj ilości torbielków, aniżeli w nerkach czerwonych małych. Wszelako różnice te tylko wyjątkowo we wszystkich szczegółach skonstatować się dają. Badanie też drobnowidowe tak białych jak i czerwonych nerek zanikowych wykazuje rozległe ubytki miąższu zastąpionego włóknistą tkanką łączną; gdzie zaś kanaliki jeszcze utrzymane tam przybłonki takowych gdzieniegdzie są niezmienione, częścią znów stłuszczone, a przestwory międzykanalikowe sąsiednie naciekłe drobnemi komórkami; kłębki przedstawiają nieraz kule włókniste, wśród których ani śladu pętli naczyniowéj, miejscami tu i owdzie kłębek niezmieniony lub też zmniejszony o znacznie zgrubiałéj torebce. Są to najbardziéj pouczające przykłady kolejnych zmian w kłębkach. Nieraz można widzieć w kłębku, o prawidłowéj jeszcze wielkości, niektóre pętle naczyniowe już bez pokrywy przybłonkowéj zamienione w istotę jednostajną, podczas gdy druga połowa kłębka jeszcze żadnych nie okazuje zmian. Inne znów kłębki okazują stopniowe grubienie torebki w miarę zanikania kłębka.

Na szczególną jednak uwagę zasługują zmiany na małych i najdrobniejszych tętniczkach spostrzedz się dające. Warstwa mięsna zawsze jest przerosłą, a tylko w nerkach małych czerwonych zgrubienie warstwy wewnętrznéj *(Intimae)* tak przeważa, że wobec niéj mięsna wydawać się nawet może zanikłą.

Nagromadzenia istoty szklistéj (*hyaline Substanz)* w pośród i nie na około tętniczek nie mógł R. stwierdzić pomimo uwagi na szczegół ten skierowanéj. W tym punkcie sprzeciwia się Gullowi, Suttonowi i Leydenowi którzy zawsze istotę tę wykazać byli w stanie, podczas gdy ją Johnson uważa za wytwór sztuczny.

Powyższe szczegóły, zdaniem R., dobitnie wykazują, że nerki zanikowéj nie należy żadną miarą uważać za odrębną postać chorobową, różną od zapalenia nerek, przedstawiającego się w postaci „dużéj białéj“ nerki lub „gładkiéj pstréj“ nerki *(glatte, gefleckte Niere“)*; że przeciwnie nerka zanikowa reprezentuje tylko okres późny téjże saméj sprawy. Również nie ma w zasadzie żadnych różnic anatomicznych między nerką pierwotnie a następowo „zanikową“ (*gemeine u. secundäre Schrumpfniere)*.

Pod względem pochodzenia jednak zaniku dałaby się wykazać przecież pewna różnica, a mianowicie, że w przeważnéj części w nerkach „czerwonych“ zanik nerek jest skutkiem zmian w tętniczkach, zmian dochodzących nieraz do tak znacznych rozmiarów, że światło tętniczek jest zupełnie niedrożném. Ztąd też uważa R. wyrażenie Leydena *„Sclerosis renum“* za zupełnie trafne. R. przypuszcza tedy pod względem genezy dwie formy nerki zanikowéj, z których „białą“ należy uważać jako końcowy okres zapalenia rozlanego nerki *(nephritis diffusa)* a „czerwoną“ jako wynik zmian w tętnicach, arteryjosklerozy (twardziela tętniczego?!). Rzecz naturalna, że istnieją liczne i częste formy przejściowe, które wszelako bynajmniéj nie czynią zbytecznemi ustanowienie typów pierwotnych.

Co do nerki „zanikowéj skrobiowatéj“, to R. oświadcza się stanowczo przeciw takiéj odrębnéj postaci. Znaczne stopnie zwyrodnienia skrobiowatego mogą być wykazane w nerkach, wcale zanikiem niedotkniętych, a przeciwnie w nerkach zanikowych zwyrodnienie skrobiowate naczyń, jeżeli

ono się znachodzi, to bywa tak nieznacznem często, że mu wpływu na sprawę zaniku trudno przypisać.

Na podstawie zatem badań drobnowidowych przychodzi R. do wniosku, że anatomiczną podstawą choroby Brighta jest rozlane zapalenie nerki (*eine diffuse Entzündung der Niere*), zapalenie, które rozpoczyna się, podobnie jak każda inna sprawa zapalna, od zboczeń w krążeniu i emigracyi ciałek limfoidalnych. Równocześnie jednak bodziec zapalenia, prawdopodobnie jak R. przypuszcza, krew zmieniona, działa na pierwociny przybłonkowe kłębków naczyniowych i kanalików moczowych. Podczas gdy w okresie wczesnym brak wybitnych dowodów dla uważania sprawy zapalnéj, jako sprawy śródmiąższowéj, to w dalszym toku spostrzedz takową możemy tak na torebkach kłębkowych jak i wśród kanalików. Ztąd pochodzi, że nerki osób dotkniętych chorobą Brighta, jakie mamy sposobność badać zazwyczaj, okazują zmiany obejmujące wszystkie pierwociny tkaninowe, nagabując jedno utkanie więcéj, drugie mniéj. Dla tego też bezpodstawną jest rzeczą rozróżniać zapalenie miąższowe nerek lub śródmiąższowe (*Nephritis parenchymatosa et nephr. interstitialis*), lecz można tylko mówić o zapaleniu rozlaném nerki: *Nephritis diffusa*. Tylko silniejsze zajęcie jednego utkania, przewaga jednéj zmiany nad zmianą drugą, a nie inna chorobowa sprawa, jest przyczyną tak zacznych różnic w wejrzeniu, jakie przedstawiają nerki „wielkie grube" (*rothe geschwollene Niere*) „wielkie białe", (*grosse weisse*), „cętkowate" (*gefleckte*), „pstre" (*gesprenkelte*), i „białe zanikowe" (*weisse Schrumpfniere*). Tylko jednę formę nerki zanikowéj można uważać jako genetycznie różną, tj. tę gdzie zanik bierze początek od zmian w tętniczkach (*Arteriosclerosis, arteriosclerotische Schrumpfniere*).

Skreśliwszy tak zapatrywania swoje co do zmian anatomicznych odnoszących się do M. Brighti przechodzi R. do pytania: czy są pewne dane kliniczne, któreby za życia czyniły możebném rozeznanie, ażali przybłonki lub też „interstycyja" są bardziéj dotknięte sprawą chorobową.

Jak bowiem wiadomo wielu klinicystów do dnia dzisiejszego rozróżnia *in vivo* ściśle „nerkę zanikową" pierwotnie, „samoistny zanik nerek" (*gemeine Schrumpfniere*) od zaniku skutkiem „miąższowego zapalenia" powstałego, lub od „zapalenia miąższowego". Szczególniéj obecność lub brak puchliny, znaczniejszy lub mniéj znaczny białkomocz mają być w téj mierze rozstrzygające [1]). Otóż R. twierdzi, w czém mu zapewne każdy doświadczeńszy lekarz słuszność przyzna, że można znaleźć najwybitniejsze „gruboziarniste białe nerki" bez puchliny i z nieznacznym białkomoczem za życia. R. odmawia puchlinie na podstawie ścisłych i nader licznych spostrzeżeń wszelkiego dyjagnostycznego znaczenia w tym względzie [2]).

Przy téj sposobności trafnie wykazuje niedostateczność teoryi Cohnheima o zmianach naczyń skórnych jako przyczynie puchliny tkanki podskórnéj, gdyż ta zazwyczaj równocześnie pojawia się z puchliną jam ciała. Nie mniéj zagadkową jest rzeczą, dla czego nieraz tylko pewne części, często ściśle ograniczone okolice ciała (*Praeputium, Conjunctiva bulbi etc.*) zostają puchliną dotknięte a inne nie.

Obecność tedy lub brak puchliny wcale nie dowodzi usadowienia się zmian w pewném utkaniu, lecz podobnie jak zmiany w moczu i objawy ze strony narządu krążenia, pouczają nas tylko o tém, czy już mamy przed sobą zanik lub też jeszcze go nie ma.

Przyczynę zaniku trudno rozeznać. Czy obfity pył w osadzie moczu, zawierający obficie ziarniste komórki, obok innych znaków zaniku nerki, uprawnia do przypuszczenia nerki „zanikowéj białéj" (*weisse Atrophie*), nie chce R. rozstrzygać. W ogóle zdaniem tego autora możliwém byłoby rozeznanie tylko okresu zaniku, nigdy zaś tkanki biorącéj w zaniku udział. Na poparcie tego zdania przytacza, po zacytowaniu trafnych słów Brighta, własne doświadczenia. Wśród obserwacyi nieraz mógł stwierdzić, jak skąpy gatunkowo ciężki mocz zwolna stawał się obfitszym i lżejszym wśród równoczesnego zjawienia się przerostu serca i zapalenia siatkówki. „Biały, ziarnisty zanik" uważa R. jako końcowy okres rozlanego zapalenia nerek; jak widać wraca on w tym względzie do poglądów Reinhardta i Frerichsa. Inaczéj rzecz się ma z „nerką czerwoną", gdzie arteryjoskleroza jest punktem wyjścia sprawy i gdzie zanik najprawdopodobniéj od samego początku nieprzerwanie postępuje.

Również i symptomatologija, zdaniem R., podobnie jak szczegóły anatomiczne nie daje nam cech odrębnych. Z objawów poznajemy wprawdzie, czy choroba Brighta ostro lub przewłocznie się rozwija, lecz czy po płonicy, durze lub zimnicy, tego z objawów nie wiemy. Podobnie i w formie przewłocznéj: jeżeli mamy przed sobą zanik, to poznajemy i rozpoznajemy go, lecz nie wiemy, czy go wyprzedziła zimnica, gościec lub wyprysk, przypuściwszy, że mamy zawsze tylko chorobę Brighta w ścisłém znaczeniu a nie zwyrodnienie skrobiowate, serowate lub ropienie nerek. Toż samo tyczy się etyjologii; R. nie widzi konieczności przypuszczenia, ze względów na etyjologiję, kilku form choroby Brighta. Zatém tylko przebieg i kres, jaki dosięgła sprawa zapalna, względnie czy istnieje zanik lub czy go jeszcze nie ma, może wpłynąć na rozróżnianie poszczególnych postaci choroby przerzeczonéj.

Wykluczając tedy: zwyrodnienia skrobiowate, stwardnienie skutkiem przekrwienia (*cyanotische Induration*), zmiany skutkiem ciąży (*Graviditäts-Nephritis*) z pojęcia choroby Brighta, proponuje R. uważać za jedyną podstawę téj choroby, anatomicznie, sprawę zapalną obejmującą wszystkie pierwociny tkaninowe i rozróżniać dwie postacie klinicznie: formę ostrą i przewlekłą, odpowiednio znów do produktów zmian anatomicznych, postać nerki „**wielkiéj**

[1]) O znaczeniu objawów ze strony serca i tętna, zmian siatkówkowych itd. w celu rozróżnienia R. prawie nic nie wspomina, przynajmniéj nader pobieżnie w rozprawie, która podaje jego wykład: *Wiener med. Blätter*. Luty r. b.

[2]) Dla niezwykłości poglądów przytaczamy ustęp w całości, słowa bowiem pochodzące od pierwszorzędnego znawcy chorób nerek warto przekazać szerszym kołom:

„Abgesehen davon aber, dass die Thatsachen nicht für eine solche Scheidung der genannten Formen sprechen, ist auch vom theoretischen Standpunkte eine derartige Begründung der An oder Abwesenheit der Oedeme, als eines werthvollen diagnostischen Zeichens, ganz unmöglich. Das Verhalten der Oedeme ist ein so wechselndes, dass uns vorläufig für ihre Genese und Bedeutung jede Erklärung fehlt. Bei einer grossen Zahl von Brightikern sehen wir sowohl Anasarca als Hydropsien innerer Höhlen sehr bald schwinden, sowie sie nur einige Zeit hindurch das Bett gehütet haben u. bei andern wieder bleibt das Anasarca, namentlich das Oedema faciei, vom Beginne bis zum Ende der Erkrankung bestehen, wie auch das diaetetische Verhalten wechseln möge, wie auch das 24stündige Harnvolumen schwanke u. welche Behandlung auch instituirt wird; bei wieder Anderen kommen u. gehen sie im bunten Wechsel ohne nachweisbaren Grund, höchstens in ganz acuten Fällen dem Umfange der Diurese parallel laufend".

napęczniałéj" (*geschwollene, grosse Niere*) i **„małéj zanikłéj"** (*geschrumpfte kleine Niere*).

Jako poddział téj drugiéj kategoryi proponuje R. „arteryjosklerotyczną nerkę" jeszcze rozróżnić, gdyż i za życia można takową prawdopodobnie rozeznać.

Dr. C a m p a r d o n: Leczenie pozornéj śmierci noworodków kąpielami gorącemi do 50°C.

Dr. G o y a r d opisał w r. 1881 przypadek przywrócenia do życia noworodka, w stanie pozornéj śmierci pozostającego, przez zanurzenie go w wodzie bardzo gorącéj (+ 45 do + 50°C.), wyczerpawszy poprzednio w ciągu dwóch godzin wszystkie inne sposoby ocucenia. Po trzydziestu sekundach nastał pierwszy oddech, a po pięciu minutach dziecko przyszło zupełnie do siebie.

Sposób ten podał pierwszy Dr. L e B o u i przedstawił go 2 grudnia 1872 r. paryzkiéj Akademii umiejętności, do jego użycia zaś doszedł na podstawie mniemania, że w pozornéj śmierci *(asphyxia)* ciepłota jest za nizką, a iżby życie wróciło nie wystarczy samo tylko ukwaszanie się krwi, lecz że przedewszystkiém trzeba ustrój doprowadzić do pewnego stopnia ciepłoty.

Dr. C a m p a r d o n użył tego sposobu w dwóch przypadkach z pomyślnym skutkiem i opisał je na posiedzeniu *Société de médecine pratique* w Paryżu d. 16 lutego b. r.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka nader wątłego, niemającego siły do ssania, ciągle drzemiącego, przybierającego na ciężarze ciała bardzo powoli, bo tylko po 6 do 8 gramów dziennie, mimo że pokarm matki był prawidłowy. Dziecko to musiało być do ssania zawsze budzone, a wypróżnienia jego były nader trudne i nieczęste mimo użycia środków.

W ośmnastym dniu życia dostrzegła matka, że dziecko przez cztery godziny nic się nie ruszyło, usta miało zaciśnięte, wargi lekko sinawe, ciało zesztywniałe, w ogóle wydawało się jak nieżywe, nie chwytało piersi a wszystkie wysilenia, aby je ocucić (gorczyczniki, ocet, woda rojownikowa (*melissae*), eter), używane przez dwie godziny, nie miały żadnego skutku, owszem dziecko było bez oddechu, blade, końce palców rąk i nóg okazywały zastoiny krwi, tętno było niewyczuwalne, ruchy serca można było wyczuć z wielką trudnością i jako szmer bardzo odległy, czasem od chwili do chwili drgnięcie tego lub owego członka, zrzadka słychać było kwilenie słabe i żałosne; stygnięcie ciała szybko postępowało; jedném słowem dziecko było konające.

Wtedy jako środka ostatecznego użył Dr. Campardon kąpieli gorącéj tak że zaledwie wkładając rękę wytrzymać można było. Dziecko zanurzone po dwudziestu sekundach zaczęło się ruszać, ruchy oddechowe stawały się widoczniejsze i coraz częściejsze, płacz stawał się stopniowo głośniejszy; życie zaczęło wracać. W kąpieli oddało dziecko stolec bardzo obfity. Po dwóch minutach wyjęto dziecko z wody, obwinięto w watę gorącą, włożono do kolebki i obłożono bańkami z wodą gorącą. To stało się o godzinie dziesiątéj wieczorem. Koło szóstéj godziny rano oddech zaczął wolnieć a skóra stygnąć. Kąpiel gorąca, powtórzona tak samo, wywarła ten sam skutek. Dziecko otwarło oczy, possało chciwie i zasnęło. W kilka godzin potém, prócz tego że było bladém i chudém, nie okazywało śladów niebezpieczeństwa, jakiego co tylko uniknęło. W trzy tygodnie potém można je było zaszczepić i do końca pierwszego roku nie podległo ani na chwilę żadnéj słabości.

Drugi przypadek odnosi się do dziecka urodzonego w stanie pozornéj śmierci, u którego poprzednio również użyto wszystkich sposobów cucenia bez żadnego skutku. Po włożeniu go do wody gorącéj w piętnaście sekund zaczęło się poruszać, płakać, a po dwóch zaledwie minutach pobytu w kąpieli wyjęto dziecko żyjące; zabarwienie sine warg i odnóg zniknęło w téj chwili. (*Journal de thérapeutique*, 10 marca, 1882). *P......i.*

P f l ü g e r: Przyczynek do nauki o odżywianiu rogówki.

Podczas gdy Cohnheim na podstawie swoich doświadczeń nad zapaleniem i ropieniem rogówki wypowiedział zdanie, że przypływ cieczy odżywczych odbywa się od brzegu téj błony ku jéj środkowi, a Samuel i Waldeyer potwierdzili to zapatrywanie, utrzymywali Knies, Weiss i Ulrich na podstawie swoich doświadczeń wprost przeciwnie, że rogówka otrzymuje materyjał odżywczy z cieczy wodnéj. Denissenko pierwszy wypowiedział bez ogródki przekonanie, że ciecz odżywcza dopływa do rogówki od otaczających ją naczyń, a nie z komórki przodkowéj. Autor zgadza się na podstawie swoich doświadczeń z tém zapatrywaniem Denissenki, lecz nie podziela jego zdania, jakoby naczynia spojówki nie miały udziału w odżywianiu powierzchownych warstw rogówki. Pflüger zapuszczał $^1/_4$ % roczczyn succinylfluoresceiny, odkrytéj przez naszego rodaka Nenckiego i Siebera, królikowi do worka spojówki i spostrzegł, że powierzchnia rogówki już po kilku minutach okazuje słabą, ale wyraźną fluorescencyję zielonkowatą. Po zadaniu przybłonkowi rogówki rysy, występuje natychmiast ciemnozielone zabarwienie przyległéj rogówki z wybitnym kierunkiem ku jéj środkowi. Jeżeli się na brzegu rogówki i równolegle do niego usunie przybłonek w postaci kréski i zapuści kilka kropli roczczynu fluoresceiny do worka spojówkowego brzegi téj rysy, mianowicie zaś dośrodkowy, nasiąkają nią natychmiast a zielone zabarwienie posuwa się w kierunku promienia ku środkowi rogówki, do którego po 3 do 5 minutach dochodzi. Powierzchnia fluoryzująca przedstawia wycinek, którego podstawę tworzy utrata przybłonka a wierzchołek zaokrąglony po za środek rogówki sięga. Środkowe, okrągłe braki przybłonka okazują przeciwnie zabarwienie zielone, nieprzekraczające ich granic w żadnym kierunku znacznie, lecz otaczające je wązką obwódką równoległą do ich brzegów. Doświadczenia te dowodzą, że prąd cieczy odżywczych skierowany jest w rogówce od jéj obwodu ku środkowi, tudzież że odżywianie rogówki zawisło od tkanin sąsiednich, a nie od cieczy wodnéj, jak to Kniess, Ulrich i Weiss przypuszczają. Spojówce to i twardówce przypada zadanie odżywiania przeźroczystéj sąsiadki, pozbawionéj naczyń, a mianowicie zaopatruje spojówka powierzchowne, twardówka zaś głębsze jéj warstwy. Fluoresceina wprowadzona do komórki przodkowéj zabarwia tęczówkę mocno zielono, podczas gdy zabarwienie nie udziela się ani rogówce, ani spojówce, z czego wynika, że ciecz wodna nie ma żadnego udziału w odżywianiu rogówki. Że ciecze dostają się przeciwnie przez rogówkę do komórki przodkowéj, dowodzi przechodzenie do cieczy wodnéj atropinu, zapuszczonego do worka spojówki. Doświadczenie kliniczne przemawia również za odżywianiem rogówki od brzegu, bo wszakże wbrew Denissence rokujemy w przypadkach ciężkich chorób

spojówki według stopnia obrzmienia téj błony. Celem zbadania prądu cieczy odżywczych we wnętrzu oka, autor wstrzykiwał fluoresceinę za pomocą strzykawki Pravaza do ciałka szklanego, które skutkiem tego okazywało przepyszny odblask zielony, podczas gdy ciecz wodna wcale się nie zabarwiała. Jeżeli się przeciwnie wprowadzi fluorescinę za pomocą manometru do cieczy wodnéj, ciałko szklane okazuje wyraźnie zieloną fluorescencyję. Z tych doświadczeń autor nie chce wnosić, że prąd cieczy w stanie prawidłowym dąży z komórki tylnéj przez obwódkę Zinna ku tyłowi do ciałka szklanego, lecz wnosi, że ciałko szklane nie wytwarza cieczy wodnéj. Pojawianie się fluoresceiny w ciałku szklaném po wstrzyknięciu tejże do komórki przodkowéj autor tłumaczy w ten sposób, że barwik wessany obficie przez tęczówkę, dostaje się do naczyniówki a z niéj raczéj skutkiem dyfuzyi niż przesączenia do ciałka szklanego. Co do pochodzenia cieczy wodnéj to autor jest, zgodnie z Ehrlichem, tego przekonania, że ją naczynia ciałka rzęskowego wytwarzają. Autor powtórzył doświadczenia Ehrlicha, potwierdza w zupełności ich wyniki i dodaje w końcu, że podobnie jak Ehrlichowi nie udało mu się wywołać fluorescencyi siatkówki u królika, podczas gdy u młodego psa spostrzegł to zjawisko w postaci jasno zielonego, na 2 do 3 średnic tarczy szerokiego pasa, otaczającego tarczę w niewielkiéj odległości. (*Klin. Monatsbl.* Marzec 1882 str. 69 do 81)

Rydel.

Wiadomości pomniejsze.

(P...i) **O używaniu nitrogliceryny.** Hammond uważa ten lek za bardzo pożyteczny w każdym przypadku, gdzie chodzi o podniecenie krążenia i zwiększenie ciśnienia śródczaszkowego. Używa on roztworu 10 części nitrogliceryny w 90 częściach wyskoku bezwodnego i rozcieńcza go jeszcze dziesięć razy tak, że każda kropla rozczynu zawiera jedną setnę kropli nitrogliceryny. Zadawanie rozpoczyna od jednéj kropli. Skutki wywołuje takie same jak azotyn amylowy, lecz o wiele trwalsze. Nitrogliceryna usuwa w kilku minutach ból głowy połowiczy, wynikający z niedokrewności, a szkodzi w bólu głowy połowiczym nawałowym; w tych razach rozpoznanie dokładne jest konieczne (badanie wziernikiem ocznym, uciśnienie tętnic szyjnych itd.) Używał jéj również przeciw padaczce, lecz tylko przeciw *petit mal* okazuje się skuteczną; w tych razach przepisuje z początku po jednéj kropli trzy razy dziennie i powiększa stopniowo co miesiąc dawkę w ten sposób, że w końcu roku chory zażywa codziennie po trzydzieści sześć kropel nitrogliceryny w trzech dawkach. Nitrogliceryna przewyższa azotyn amylowy używany przeciw *status epilepticus*, gdzie chory nie odzyskuje przytomności w przerwach między napadami. Użyteczną jest w bólach głowy i zawrotach głowy u kobiet niedokrewnych. (*New-York Neurolog. Soc.* 4 paźdz. 1881. *Revue de médecine* 10 maja 1882).

(L.K.) Beard. **O używaniu bromu w chorobach nerwowych.** Podawanie bromu w chorobach nerwowych, prócz padaczki, wymaga tak dużych dawek (30—100 ziarn), że łatwo i prędko występuje zupełna bromica. Z tego powodu zaleca autor używanie bromu tylko krótki czas (z wyjątkiem padaczki) i to naprzemian z lekami krzepiącemi. Zresztą należy uważać, że usposobienie osób bardzo wpływa na znoszenie lepsze lub gorsze bromu. Z różnych preparatów bromu zawiera *Kalium bromatum* najmniéj bromu, 68%, zaś *Lithium bromatum* najwięcéj, 92%. *Natrium bromatum* zdają się chorzy, szczególniéj ze słabym żołądkiem, lepiéj znosić. *Magnesium bromatum*, mające zarazem działać jako *tonicum*, sprawia, zdaniem autora, łatwo ból głowy, a smak ma gorzkawy. W końcu autor radzi wszystkich preparatów bromu używać w silném rozcieńczeniu. (*Ctrbl. f. Nervenheilk.*, 1881, str. 172).

(L. K.) Ballet. **O odruchach ścięgnistych.** Ballet badał 17 osób chorych na gorączkę tyfoidalną pod względem zachowania się odruchów ścięgnistych. U siedmiu chorych spostrzegł silne zwiększenie tych odruchów ścięgnistych we wszystkich stawach; u siedmiu znów tylko słabe zwiększenie, najwybitniejsze na nodze. U 3ch chorych odruchy były prawidłowe. W 7miu pierwszych przypadkach (ze silném zwiększeniem odruchów) badano u dwóch chorych w czasie gorączkowania, u 5 wkrótce po przesileniu. Na podstawie tych badań autor nie może się zgodzić z zapatrywaniem Petit-Clerca, że w durze występuje zmniejszenie lub nawet zniesienie odruchów ścięgnistych. Autor godzi się raczéj z Struempelem, że nie osłabienie lecz wzmocnienie odruchów ścięgnistych występuje w durze, wraz ze zwiększoną pobudliwością odruchową rdzenia pacierzowego. (*Ctrbl. f. Nervenheilk. u. gerichtl. Psychopathologie*, 1882, str. 172).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z d. 27 lutego 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 13 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Zygmunta Riegera ze Lwowa.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia z d. 19 grudnia 1881 r. odczytano i przyjęto.

3) Przewodniczący poświęcił kilka słów wspomnienia pamięci śp. Dra Julijana Grabowskiego, profesora chemii w Instytucie technicznym, członka Komisyi, zmarłego w dniu poprzednim. Zachęcając zgromadzonych, aby chcieli wziąść udział w odprowadzeniu zwłok na miejsce wiecznego spoczynku, wezwał zarazem, aby przez powstanie oddali cześć pamięci zmarłego, co też uczyniono.

4) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi broszurę Dra Stanisława Smoleńskiego z Jaworza, pod tytułem: „*Ueber die sogenannten beruhigenden Bäder.*“

5) Przedstawiono pisma nadesłane, a mianowicie sprawozdania przysłane ze zdrojowisk i zakładów klimatycznych krajowych na wezwanie Komisyi, z których przewodniczący ułoży ogólny pogląd na ruch i postęp w tych zakładach i ten przedstawi na następném posiedzeniu.

6) Przewodniczący zawiadomił, że Zarząd dóbr tenczyńskich, własności hr. Potockich, postanowił zakład zdrojowo-kąpielowy wód siarczanych w Krzeszowicach oddać w zarząd pod jak najkorzystniejszemi warunkami lekarzowi, któryby się podjął tego przedsiębiorstwa. Właściciel zdrojowiska, który nie szczędził żadnych nakładów, aby łazienki urządzić odpowiednio do obecnych wymagań nauki, pragnąłby, aby zakład jak największy pożytek przynosił dla kraju, co dotychczas pomimo usiłowań z jego strony nie dało się do skutku doprowadzić, a zapewne udałoby się energicznemu lekarzowi, gdyby tą sprawą zajął się umiejętnie.

7) Dr. Rieger umyślnie na to posiedzenie ze Lwowa przybywszy przedłożył Komisyi plany nowobudujących się łazienek w zakładzie zdrojowym w Truskawcu. Po krótkim wstępie, objaśniającym geograficzne i topograficzne położenie zakładu, jego środki komunikacyjne, odległość od najbliższéj stacyi kolei żelaznéj dniestrzańskiéj Drohobycz-Truskawiec, zaledwie 8 kilometrów wynoszącą, ilość domów mieszkalnych dla gości 50, między któremi 15 zakładowych, ilość pokoi dla gości 368, położenie i własności chemiczne wód słonosiarczanych, okazał prelegent plany nowych łazienek, mianowicie: widok całego budynku,

rys poziomy parteru i 1szego piętra z mieszkaniami dla gości. Opisał dalej konstrukcyję podziemia, to jest głównego korytarza, a zarazem kanału odprowadzającego, sposób umieszczenia w nim rur wodociągowych, materyjał z jakiego mają być sporządzone (lane żelazne w najlepszym gatunku rury główne, a ołowiane rury poboczne stanowiące rozgałęzienia), sposób ogrzewania wody, która z zamkniętych zbiorników żelaznych ma przechodzić rurami do kotłów ogrzewanych, a z tych własnym ciężarem i ciśnieniem do zbiorników umieszczonych po nad kotłami a zaś ztąd rurami, zamkniętemi do wanien za pomocą kurków śrubowanych. Opisał dalej jakość wanien z blachy żelaznej ołowiem z obu stron wykładanej i lakierowanej, urządzenie kąpieli spadowych z wody letniej w łazienkach I klasy, sposób przyrządzania kąpieli mułowych, borowinowych i kobiecych natryskowych, sposób przewietrzania całego gmachu łazienkowego, wreszcie urządzenie w osobnym pawilonie wziewalni pary słonej i żywiczno-aromatycznej. W końcu przedłożył projekty co do ulepszeń wewnętrznego urządzenia domu, zakupienia nowego bilardu, fortepijanu i w. i.

W dyskusyi podjętej nad tym przedmiotem brali udział koll: Lutostański. Warschauer, Skórczewski, Grabowski, inżynijer Kaczmarski i przewodniczący. — Kol. Lutostański w obszerniejszém przemówieniu zwrócił uwagę na następujące okoliczności, 1) że pomysł urządzenia mieszkań nad łazienkami uważa za niekorzystny, z powodu nieuniknionego gorąca i wyziewów z łazienek, jak tego dowodem podobne urządzenie w Krynicy; 2) wątpi o tém, aby wentylacyja za pomocą okna z centralnego wentylatora wieżowego była wystarczająca bez aparatu aspiracyjnego i ujęcia gazów i pary po nad każdą wanną za pomocą lejka i odprowadzenia rurami; 3) radzi, aby rury żelazne były wewnątrz emalijowane lub tak pokryte, aby gazy i woda na nie działać wcale nie mogły, zaś rury ołowiane żeby były siarkowane; 4) zaleca dodanie do farb, któremi pokoje łaziebne mają być malowane, nieco szkła wodnego, które znakomicie chroni od wilgoci; 5) przestrzega przed używaniem kurków *(Niederschraubhähne)*, które w wielu miejscach okazały się niepraktycznemi, i zaleca kurki czyli otwory wentylowe; 6) zbiorniki żelazne uważa za niepraktyczne, z powodu rychłego obluźniania się śrub; zbiorniki murowane zdaniem jego są najodpowiedniejsze, gdy są wycementowane; 7) co do wanien w zdrojowiskach mających tego rodzaju wody jak Truskawiec, uważa wanny drewniane za najpraktyczniejsze; 8) w urządzeniu sal wziewnych nie zaleca wcale kandelabrów wysokich, jakie są np. w Reichenhallu, z których wychodząca para solą wysycona utrzymuje się w górnej części wziewalni dla oddychającego nieprzystępnej; zaleca natomiast, aby kandelabry były nie wyższe niż 1.50 metra, albo też aby para z aparatu rozpylającego działała z góry na dół; wreszcie 9) nie uznaje za stósowną zewnętrznej wyprawy murarskiej dolnej połowy budynku drewnianego tak pod względem estetycznym, jako też pod względem czystości i sprzyjania tworzeniu się grzyba. Dr. Warschauer przemawia za robieniem doświadczeń z wdychaniami gazu siarkowodowego. Inżynier Kaczmarski zgadza się z planem wentylacyi proponowanym przez Dr. L., nadto czyni uwagę, że ze względów estetycznych byłoby korzystniej, aby łazienki w całości miały pozór budynku drewnianego w stylu szwajcarskim. Przewodniczący również przemawia za tém, aby budynek był od zewnątrz całkiem drewniany i oszalowany, co i dobrze wygląda i ułatwia w razie potrzeby odświeżenie budynku.

Na tém posiedzenie zamknięto, zapowiedziany wykład prof. Dra Olszewskiego „o wodzie mineralnej w Głębokiém“ dla spóźnionej pory odkładając do następnego posiedzenia.

Dr. Ściborowski.

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał **Dr. W. Jabłonowski**
w Kutahii w Anatolii.

Ożywiony ciekawością, a jednocześnie party nieubłaganą ręką losu, wskazującego mi przyszłą karyjerę w dali od niw i lasów rodzinnych, zawijałem do cudnego swą pięknością portu starego Bizancyjum, w chwili, gdy mordercze plagi Wschodu, morowa zaraza na południu i cholera w Stambule, przeciąwszy wątek życia setek tysięcy osób, z nużone niejako, ustępowały powoli z ciężko doświadczonych miejscowości. Po klęskach tego rodzaju, po stratach tak moralnych jak i materyjalnych, wszystko co tylko można było objąć myślą przedstawiało się w szatach tak powabnych, tak przynęcających, a zarazem i tak wszechstronnie ciekawych, że i mój projekt niesienia pomocy cierpiącym, poznania społeczeństwa, w pośród którego żyć mi wypadało, zdawał się nie przedstawiać wielkich trudności. Stolica nadbosforska, którą można uważać za bramę Wschodu, łącząc w sobie wszystko, co tylko przedstawia typowy wyraz wschodnich stosunków, dostarczała mi środków do zapoznania się ze szczegółami wyłącznie interesującemi lekarza. Każdym więc razem, gdy tylko zręczność postawiła mnie w styczności z miejscowymi, niezaniedbywałem zasięgać wiadomości o stanie służby zdrowia w ogóle, o lekarzach, ich wykształceniu i poważaniu, jakie znajdują w pośród ludności. Muszę przyznać jednak, że uzbierane na wstępie szczegóły nie były zbyt zachęcające. Przekonanie zaś miejscowe że: „umiejący krew puszczać nie umrze z głodu w Turcyi“, tylko złowrogo obiło się o moje uszy. Wypadało jednak przekonać się o wszystkiém naocznie, na to zaś pozwalał jedynie charakter lekarza wojskowego. Z przyjemnością więc i pospiechem korzystałem z okazyi; przyjąwszy misyję udania się do Bagdadu, zdobyłem sobie łatwą sposobność poznania miast tureckich najbardziej odległych, przeniknięcia do wsi i domów, a zatém i szczegółowego zbadania miejscowych stósunków. W ciągu więc kilkunastu lat miałem dość czasu do badania ludu, którego sposób życia, łatwowierność, przesądy i zacofane pojęcia, były mi znane tylko z opowiadań, lub dzieł przeczytanych, podających wprawdzie szczegóły dotyczące życia i zwyczajów mieszkańców, lecz pomijających gruntowny pogląd na stosunki lekarskie, które jakby nieistniejące zostają zwykle pokryte cieniem zupełnego zapomnienia. Nie podobna jednak czynić zarzutu podróżnym, przebiegającym Turcyję w charakterze zwykłych turystów, którym nie podobna było zwrócić uwagi na cierpienia ludu, żyjącego w głębokiej ciemnocie. Trudno im było zbadać nieszczęśliwą pozycyję ojca otoczonego liczną rodziną, tracącą zwykle największą liczbę ofiar, dzięki nieświadomości domniemanych lekarzy miejscowych. Trudno im było, powiadam, zapoznać się ze szczegółami życia domowego mieszkańców, i ocenić najgorsze stósunki higijeniczne, w których pozostają dzięki uświęconym przesądom i otrzymywanym radom. Wreszcie żaden z turystów nie miał zręczności wyrażenia swego zdziwienia, widząc bogactwa przechodzące w ręce szarlatanów, najbardziej zacofanych pod względem znajomości sztuki leczenia. Uwydatnienie więc tej najbardziej interesującej strony życia wschodniego będzie przedmiotem obecnego szkicu.

Turcyja pod względem ustroju swego społeczeństwa różni się bardzo od innych krajów europejskich. W pojęciach jednak o lekarzach i leczeniu wyznaje prawie te same zasady, t. j. że osoby najstarsze w rodzinie posiadają pewną znajomość sztuki leczenia, uważając się za obznajomionych z jej zadaniem jedynie z powodu, że sami cierpieli lub widzieli cierpienia innych. Młodzi znowu członkowie rodzin, naturalnie pełni głębokiego uszanowania dla starszych krewnych, zwykli posuwać zaufanie do takiego stopnia, że ślepo wierzą w to wszystko, co starzy powiedzą, uważając za nie-

omylny każdy z podanych środków leczniczych. Zwyczaj podobny tak jest zakorzeniony na Wschodzie, że osoby wiekowe w ogóle mają pretensyję uchodzenia za znawców, ciesząc się poważaniem i pełnem zaufaniem. W ten sposób w każdym zakątku, we wsi czy w miastach, nieskończona ilość starych matron („*Hodża Kary*“) ma reputacyję nieomylnych znachorek i leczy też każdy nadarzający się przypadek. Liczba zaś tych pośredniczek zarówno jest znaczną w większych miastach jak i w najmniejszéj wioseczynie, i cały ogół pokłada głębokie zaufanie w ich takt leczniczy. Ztąd więc bogaty czy ubogi, z najnieznaczniejszym nieładem ustrojowym, lub też z ciężkim stanem chorobowym, zwraca się zwykle do staruch i u nich szuka pomocy. One też zręcznie umieją korzystać z powagi, jaką im daje wiek i nie szczędzą rad i podawania środków zwykle niepogorszających cierpienia chorych, ale też nieprzynoszących najczęściéj najmniejszego polepszenia. To samo prawie czynią i starzy mężczyźni. Jakiekolwiek jest ich stanowisko społeczne, od chwili gdy skończą lat pięćdziesiąt, mają zwyczaj tytułowania się lekarzami, jedni czyniąc to z potrzeby znalezienia środków zapewniających byt codzienny, drudzy zaś z przekonania, że mogą nieść ulgę cierpiącym sąsiadom. Wszyscy zaś pod formą maści lub pigułek posiadają jakąś „panaceę“ zwykle nieszkodliwą, czasem jednak złożoną z istot ostrych, mogących narazić życie chorego na niebezpieczeństwo. Jednak szczęśliwi lekarze. W ciężkich przypadkach przez nich leczonych, a nawet w przypadkach śmierci w skutek widocznego zatrucia, są zwykle wolni od wszelkiéj odpowiedzialności. Rodziny zaś dotknięte, zamiast zaniesienia skargi, przeciwnie nie szczędzą im podziękowań za podjęte starania. Takiém powiadają było przeznaczenie człowieka, i lekarz nic nie pomoże w obec „Kesmetu“ i woli Allacha. Z tego widzimy, że fanatyzm religijny mas ciemnych jest środkiem zbawczym dla domorosłych lekarzy w razach niepowodzenia w leczeniu. Jeżeli zaś przypadkiem prawdziwy lekarz za pomocą stósownych środków terapeutycznych lub rękoczynów chirurgicznych zdoła sprowadzić polepszenie się stanu chorego, fakt taki szybko nabiera rozgłosu, cała gmina otacza lekarza, wychwala, podziwia, uważając go za prawdziwego zesłańca z niebios. Ale i wtedy dzieło nauki i rozsądku przypisują jedynie siłom nadprzyrodzonym.

Jeden z przypadków, jaki mi się zdarzył w podróży z Aleksandrety do Alepu, potwierdzi wyżéj wypowiedziany pogląd. Na noclegu w jednéj z wiosek, położonych na skłonach pasma zwanego „Giuczel Dal“ i zamieszkałych przez Syro-Chaldejczyków, przypadek czy też wieść o podróżującym cudzoziemcu sprowadziła mi chorego dotkniętego puchliną, powstałą w skutek długotrwałéj choroby serca. Chory mój był to wieśniak lat 50ciu, leczony naturalnie od dawna i okpiwany przez całą gromadę miejscowych znachorów, którym udało się wkrótce pochłonąć cały jego zasób pieniężny. Biedny cierpiący żył w przekonaniu, że nie tylko jest skazanym na śmierć, ale co gorsza, że i dusza jego jest potępioną! Wszystko zaś to jedynie dla tego, że tęgie miejscowe głowy zawyrokowały, że istotą jego cierpienia jest nagromadzenie się grzechów śmiertelnych w brzuchu, niemogących ustąpić z obranego siedliska jak tylko ze śmiercią biedaka. Opuszczony przez rodzinę i przyjaciół chory został oddany gniewom djabła i ukryty w kącie nędznéj lepianki, nieszczęśliwy ten czekał co chwila śmierci i nieuniknionéj kary. Środki podawane przez poważnych miejscowych znawców były niezdolne rozdzielić tak znaczne nagromadzenie się grzechów i biedny chory skazany był na śmierć z powodu niestósownego leczenia. Wprawdzie w przypadku tak ciężkim i tak już rozwiniętym, w jakim znajdował się mój nieoczekiwany znajomy, istotna sztuka leczenia nie wiele przedstawia środków pomocniczych. Jednak dla sprowadzenia ulgi w trudności oddychania podtrzymywanéj obecnością znacznéj ilości płynu zdecydowałem się wydalić go jak można najprędzéj i nic nikomu nie mówiąc małym trójgrańcem przebiłem ścianę brzuszną. W przeciągu godziny ilość płynu wynosząca jedynaście kilogr. została wydaloną, chory doznał ulgi, lecz najciekawszém było tutaj zdziwienie całéj rodziny, gospodarza u którego gościłem, a następnie i wzbudzony podziw w całych gromadach wieśniaków biegnących ze wszystkich zakątków, aby przekonać się o cudzie tak łatwego odpłynięcia grzechów, przeobrażonych w żółtawą wodę. Opatrzywszy w zwykły sposób rankę powstałą z przekłócia i nałożywszy opaskę przygotowaną z jakiejś domobitéj tkaniny, nazajutrz opuściłem mego chorego, polecając go opiece jednego z rozsądniejszych krewnych, znalezionego w osobie miejscowego proboszcza. Jakim zaś był skutek mego postąpienia, trudno mi się było dowiedzieć. To tylko dodam, że sąd i opinija, wydana o mnie, była wprost przeciwną mym oczekiwaniom. Osoby bowiem najpoważniejsze w okolicy zadecydowały, że jestem posłańcem niebios, narzędziem wybraném przez Opatrzność ku wykonaniu cudu, dowodzącego całemu ich światkowi, że grzechy nieszczęśliwego chorego zostały przebaczone przez samo przeobrażenie się w płyn.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z Paryża.

IV.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Zajmujący jest widok tych rozlicznych postaci chorób nerwowych, szczególnie różnych rodzajów hysteryi, których prof. Charcot ma kolekcyję bardzo ładną. Oczywiście przeważają tu znacznie ciężkie formy szczególniéj hysteroepilepsyi, których studyjum zajmuje obecnie głównie, prawie wyłącznie, tego znakomitego neuropatologa.

Oddział kliniczny zajmuje trzy sale kobiet, t. j. około 50 łóżek, i jednę salę mężczyzn z 24ma łóżkami. Do tego oddziału dołączone są daléj liczne laboratoryja, odlewarnia gipsów, pracownia fotograficzna, mały amfiteatrzyk przeznaczony na salę wykładową i nowe, jeszcze w zawiązku będące, muzeum okazów naturalnych i sztucznych z dziedziny chorób nerwowych i mózgowych; wreszcie prosektoryjum, którego urządzenie pozostawia dość dużo do życzenia.

Obserwacyje przedsiębrane w klinice robione są jak najskrupulatniéj i jak najszczegółowiéj, o ile dotyczą zjawisk nerwowych. Za to w zwykłém badaniu fizyczném organizmu widne tu i owdzie braki. Znaném jest np. i w wielu przypadkach uzasadnioném twierdzenie Romberga, że przyczyną pierwotną hysteryi są często zmiany w systemie płciowym kobiecym. Nie wchodzę w to, czy prof. Charcot zdanie to podziela lub nie; w każdym razie zdawałoby mi się, że mając tak obszerny i tak rozliczny materyjał powinien kwestyję tę należycie i gruntownie zbadać. Tymczasem w oddziale prof. Charcota (obecnie przynajmniéj) żadnéj z pacyjentek nie bada się ani za pomocą palca, ani za pomocą wziernika macicznego, — co więcéj, wyraźne często wska-

zówki anamnestyczne pomija się jako nienależące do objawów cierpienia głównego. Podobnież badania krwi, odgrywające, zdaniem mojém, niemałą rolę w historyjach chorób pisanych wzorowo, tutaj nie bywają wcale przedsiębrane. Cóż więc właściwie stanowi istotę badań obecnych prof. Charcota? Oto dokładne badanie całego systemu nerwowego z wyzyskaniem i zastosowaniem wszelkich środków badania, jakie tylko patologija, fizyjologija, fizyka itd. podać, lub choćby tylko nasunąć mogły; daléj jak najdokładniejsze badanie i obserwowanie różnych form i okresów, t. zw. napadów hysterycznych, ze zdjęciem fotograficzném, albo rysunkiem, albo odlewem gipsowym pojedyńczych części lub całego ciała.

W obec tych nader ścisłych i nader wyczerpujących badań w tym jednym kierunku tém silniéj uwydatniają się braki wyżéj nadmienione. Nie mogę i nie chcę twierdzić, jakoby obserwacyje z dziedziny systemu nerwowego przedsiębrane z taką skrupulatnością i taką sumiennością przez prof. Charcota i jego uczniów były zupełnie zbyteczne i nie prowadziły do żadnego rezultatu. Zdaje mi się jednak, że jak na dziś badania te są tylko zbieraniem materyjału, zbieraniem może nadto dorywczém i gorączkowém; gdyż w obec dzisiejszego stanu nauki fizyjologii i patologii nerwów materyjał ten nie może być należycie wyzyskanym i przynosić rezultatów dodatnich. Mówiąc to nie mam wcale na myśli rezultatów terapeutycznych, — do tych nam podobno bardzo jeszcze daleko; — chciałbym tylko, aby obserwacyje te były przedsiębrane więcéj systematycznie i spokojnie i prowadziły do wniknięcia w istotę choroby tak ciężkiéj i zwłaszcza we Francyi tak rozpowszechnionéj, jak hysteryja w jéj najróżnorodniejszych rodzajach i odcieniach.

Z drugiéj strony podnieść muszę najnowsze prace prof. Charcota i ciągle bacznie zwróconą jego uwagę na rozpoznawcze znaczenie lokalizacyi i przyrody chorób mózgu i rdzenia. Tu już pole działania jest nieco lepiéj przygotowane, stan nauki więcéj odpowiedni, a co najważniejsza, stwierdzenie rozpoznania przez badanie pośmiertne ułatwia i uzupełnia te badania w sposób niepozostawiający wiele do życzenia. Wiadomo kolegom, że sprawa ta dopiero w najnowszych 10—15 latach stała się przedmiotem badań ścisłych i że do dziś dnia ma jeszcze zawsze i to w obozie fizyjologów wielu i znacznych przeciwników. Otóż szermierzem wymownym i dzielnym téj sprawy jest właśnie prof. Charcot, były jéj przeciwnik, a dowodami jego są dokładne i sumienne historyje choroby i protokóły sekcyjne. Nie mając, ze względu na formę listów, zamiaru zatrzymywania się dłużéj i obszerniéj przy tym przedmiocie odsyłam ciekawych do pracy prof. Charcota z r. zeszłego [1]). Z tego też działu mam dokładne notaty zajmującego przypadku gruźlicy mózgu, które przy swobodniejszéj chwili dokładniéj opracować zamierzam.

Na zakończenie podać muszę do wiadomości tych kolegów, którzyby mieli zamiar zobaczyć Paryż, że prof. Charcot rozpocznie zaraz po świętach Wielkiéjnocy swoje wykłady kliniczne, które według tego, co prywatnie mówił, obiecują być bardzo zajmującemi. Nie wahał on się nazwać ich „wykładami klinicznemi przyszłości“ (porównanie z muzyką przyszłości) chcąc przez to powiedzieć, że będą one mogły stanowić wzór dla wszystkich wykładów klinicznych w przyszłości. *Dr. Gwiazdomorski.*

[1]) Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle epinière. Publications du „Progrès medical“.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 maja śmiertelność ogólna w Krakowie wzniosła się z 24,4 do 35,1 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3 (1 z t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (3 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 błonicy, 1 płonicy, 3 duru osutkowego. W tygodniu od 2 do 8 kwietnia ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 55, leczyło się w szpitalach 384, umarło 14. W Wiedniu umarło 25, w Budapeszcie 11, w Pradze 3, w Paryżu 15, w Petersburgu 9, w Warszawie (od 18—25 marca) 42, w Lizbonie (od 26 lutego do 4 marca) 10, w Madrycie (od 31 stycznia do 5 lutego) 54. Odra zabrała jeszcze wiele ofiar w Londynie, Paryżu, Liverpolu, Edynburgu i Kopenhadze. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 11, Granadzie 4, w Warszawie Tryjeście i Walencyi po 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2 do 8 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,7; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 30,2; w Wiedniu 36,8; w Budapeszcie 38,8; w Tryjeście 36,7; w Berlinie 24,5; w Gdańsku 28,8; w Wrocławiu 29,5; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 23,0; w Mnichowie 40,8; w Bazylei 23,6; w Brukseli 26,8; w Amsterdamie 25,1; w Hadze 23,6; w Paryżu 31,2; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 26,2; w Stokholmie 25,1; w Chrystyjanii 19,6; w Petersburgu 41,5; w Odesie 31,0; w Wenecyi 30,0; w Madrycie 63,1; w Lizbonie 32,4; w Aleksandryi 31,9; w Nowym Yorku 35,2; w Filadelfii 24,9; w Bombaju 33,6; w Madrasie 43,3.
J. B.

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. W terminie majowym złożyli egzamin fizykacki w Krakowie pp. Drowie Blumenfeld z Krakowa, Danielski z Alwerni, Gluziński z Krakowa (celująco), Krobicki ze Lwowa, Olpiński z Trembowli, Rosner i Wilkosz z Krakowa.

* Wczoraj rano wyjechali do Pragi proff. Rostafiński i Jakubowski jako reprezentanci Akademii i Uniwersytetu, oraz Drowie Homme i Wysocki ze Złoczowa i Waligórski z Przemyślan. Pociągiem zaś popołudniowym pojechało osób 40, a mianowicie, o ile dojrzeć mogliśmy, ze Lwowa reprezentanci Uniwersytetu, Akademii technicznéj, Tow. aptekarskiego, prof. Radziszewski, docent Wąsowicz, Zuliński Józef, Petelenz, dyrektor Rodecki, Kamiński; z Krakowa lekarze Czulik, docent Grabowski, Jodłowski, Kralczyński, Kwaśnicki (reprezentant komisyi redakc. Przeglądu Lek.), Machek, docenci Obaliński i Pieniążek (reprezentant Wydawnictwa dzieł polskich lekarskich), Riedmüller, Ściborowski (reprez. komisyi balneologicznéj); nadto Drowie Obtułowicz z Buczacza i Tyralski ze Zbaraża; aptekarze tutejsi pp. Gralewski, Siedlecki, Wiszniewski; — prezes czytelni akademickiéj Ożóg i kandydaci medycyny Czyrniański i Roth. — Dzisiejszym pociągiem rannym wyjechali prezes Tow. lek. krak. docent Jordan, prof. Browicz, prymaryjusz Zarewicz, Lutostański oraz reprezentanci Tow. lek. galic. Drowie Janda i Krówczyński. Nadto zapowiedzieli na Zjeździe wykłady pp. Talko z Warszawy, Jerzykowski z Poznania i docent tutejszy Kopernicki, obecnie w Maryjenbadzie, wreszcie poiadą podobno Drowie Czerkawski i Horoch z Wiednia oraz jeszcze kilku ze Lwowa. Z prawdziwą przyjemnością konstatujemy fakt, że lekarze i przyrodnicy polscy w nadspodziewanie licznym poczcie, bo o ile obliczyć możemy, prawdopodobnie w liczbie 60 osób, staną w Pradze czeskiéj i tym sposobem należycie spłacą dług, który w obec kolegów czeskich zaciągnęliśmy. Sądzimy, że będziemy wiernymi tłumaczami uczuć wszystkich naszych czytelników, jeżeli wynurzymy serdeczne życzenie, aby II. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich doznał świetnego powodzenia. Szczęść Boże zacnym usiłowaniom pobratymców naszych!

(γ) Na jedném z ostatnich swych posiedzeń Towarzystwo Lekarskie krak. uchwaliło, aby Komitet Towarzystwa celem

uczczenia pamięci zmarłego przed 1½ rokiem ś. p. Antoniego Kozubowskiego zajął się sprawieniem olejnego portretu nieboszczyka. Fundusz potrzebny ma być zebrany drogą składek. Sądzimy, że zachęcanie do składek byłoby w tym razie zbytecznem, że wystarczy przypomnieć imie zasłużonego, a przez uczniów dla swego charakteru cenionego profesora, który z niezwykłą bezinteresownością (wiadomo bowiem, że nigdy przypadającego sobie -czesnego za wykłady od uczniów nie pobierał) przez lat 30 z górą gorliwie poświęcał się zawodowi nauczycielskiemu i wykształcił w anatomii rzec można całe pokolenia lekarzy, aby wielu z czytelników, których nieboszczyk był nauczycielem, pośpieszyło ze złożeniem ofiary dając przez to widomy objaw zaszczytnéj dla niego wdzięczności.

Składki przyjmuje: Administracyja Przeglądu Lekarskiego (Ul. Sienna Nr. 14) i Sekretarz stały Tow. Lek. krak. Dr. Zarewicz (Ul. Floryjańska, L. 40).

* Dowiadujemy się z *Gaz. Lek.*, że dzierżawa zakładu kąpielowego w Krzeszowicach przez Drów Kadlera i Stankiewicza z Warszawy — nie przychodzi do skutku.

* W Ustroniu na Szlązku austr. osiadł jako lekarz gminny i zakładowy Dr. Bolesław Józefczyk z Krakowa; udzieli on chętnie wszelkich informacyj chorym tam wybierającym się.

* W Cieplicach czeskich do d. 16 bm. było gości 645.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Tygodniki lekarskie spierają się ze sobą o kandydaturze prof. Leydena z Berlina na opróżnioną po Duchéku klinikę lekarską. O ile się zdaje, Leyden rzeczywiście dał komisyi do zrozumienia, że pod pewnemi warunkami byłby gotów przenieść się do Wiednia. Sprawa dotąd wcale jeszcze nie rozstrzygnięta, ale w obec braku klinicystów nietylko w Austryi, ale i w Niemczech, którzyby zdołali ogarnąć cały przedmiot, wypadałoby tylko powinszować Wiedniowi, gdyby Leydena pozyskał. — Po uzyskaniu sankcyi Cesarskiéj promocyja prof. Ludwiga na Dra med. odbyła się według przepisanych formalności, a promotorem jego był Brücke. — **Berlin.** Prof. Langenbeck liczący lat 71, prosił o przeniesienie go w stan spoczynku. — **Gryfija.** Jeszcze przed niespodziewaném zejściem Huetera opuścił Gryfiję nadzw. prof. chirurgii Schüler, przenosząc się do Berlina, obecnie i prof. Eulenburg porzuca swoją katedrę, udając się również do Berlina.

* W Berlinie odsłonięto d. 22 b. m. pomnik Graefego. Uroczystość ta odbyła się przy wielkim udziale publiczności oraz wielu znakomitości naukowych, jak Virchowa, Helmholza, Du Bois Reymonda, Arlta, Frerichsa itd. Pomnik wykonany z bronzu przez prof. Siemeringa, kosztował 80.000 marek.

* **Odznaczenie.** W uznaniu zasług położonych podczas kampanii w Bośnii i Hercogowinie lekarz sztabowy Dr. Wilhelm Tonner otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. Dr. Tonner jest członkiem naszego Tow. lek. i z Krakowa powołany został przed kilku miesiącami do Bośnii.

* **Wiadomości osobowe.** Drowie Edward Krzyżanowski w Buczaczu i Wacław Machnowski w Stanisławowie mianowani zostali w obronie krajowéj lekarzami batalijonowymi z stopniem lekarzy pułk. 2éj kl. i rangą kapitanów.

* **Nekrologija.** We Włoszczowie w Król. Polskiém umarł z duru wysypkowego Dr. Franciszek Grot, wychowaniec Uniwersytetu warszawskiego.

Przed zamknięciem tygodnika otrzymaliśmy od kolegi reprezentującego wydawnictwo Przegl. Lek. następujący telegram:

„Praga czeska 26 maja, rano. Do téj chwili przybyło 58 polskich członków i uczestników Zjazdu; wieczorem liczba ta prawdopodobnie przejdzie 70; ogólna liczba przybyłych na Zjazd w téj chwili wynosi 500; pod względem liczebnym, towarzyskim i naukowym Zjazd zapowiada się świetnie. Komitet z Drami Chodounskym i Janovskym na czele serdecznie powitał nas na dworcu; pobratymcy przyjmują nas szczerze, wspaniale".

Celem ostatecznego ułożenia spisu lekarzy krakowskich, upraszam tych szan. kolegów, którzy dotąd adresu i godzin ordynacyjnych nie podali, o załatwienie téj sprawy w jak najkrótszym czasie. *Dr. Jan Rosner.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Należy podać rękę szczęściu!

400,000 marek

jako główna wygrana w najkorzystniejszym razie jest do wygrania na **Hamburskiéj wielkiéj loteryi pieniężnéj** odbyć się mającéj za dozwoleniem i rękojmią **Państwa.**

Korzystnie urządzonym jest nowy plan w ten sposób, że w ciągu niewielu miesięcy w 7 ciągnieniach **niezawodnie** rozlosowanych zostanie **47,600 wygranych** między któremi znajdują się główne wygrane względnie **400.000** mk. w szczególności zaś

Wygr.	marek	Wygr.	marek	Wygr.	marek
1	**250.000**,	**2**	po **15,000**	**10**	po **1,500**
1	**150.000**,	**1**	„ **12,000**	**3**	„ **1,200**
1	**100,000**,	**24**	„ **10,000**	**530**	„ **1.000**
1	**60,000**,	**3**	„ **8,000**	**1.073**	„ **500**
1	**50,000**,	**3**	„ **6 000**	**27.009**	„ **145**
2	po **40,000**,	**54**	„ **5,000**	i t. d. Razem 18,436	
3	„ **30,000**,	**5**	„ **4000**	wygranych po 300,	
4	po **25,000**,	**108**	„ **3.000**	200, 150. 124, 100, 94,	
2	„ **20,000**.	**264**	„ **2.000**	67, 50, 40, 20 marek.	

Z tych wygranych przypada na pierwszą klasę 4000 ogólnéj wartości 116,000 marek.

Najbliższe pierwsze ciągnienie téj wielkiéj przez Państwo **poręczonéj** loteryi ustanowiono **urzędownie**

już na 14 i 15 Czerwca rb.

A kosztuje do niego:

1 cały los oryginalny tylko 6 mrk. czyli $3\frac{1}{2}$ Złr.
1 połowa losu oryg. 3 mrk. „ $1\frac{3}{4}$ „
1 ćwiartka „ „ $1\frac{1}{2}$ mrk. „ 90 kr.

Wszelkie zlecenia wykonane zostaną **natychmiast** z największą troskliwością **za nadesłaniem gotówki lub przekazu pocztowego, albo za pobraniem należytości**, a każdy otrzyma od nas herbem Państwa opatrzony **los oryginalny** do rąk.

Do zamówień, dołączymy potrzebne plany urzędowe gratis, w których tak rozdział na względne klasy jak i odnośne wpłaty znaleść można, a po każdém ciągnieniu każdemu interesantowi prześlemy bez żądania wykazy urzędowe.

Na żądanie przesyłamy naprzód franko urzędowy plan do przejrzenia i oświadczamy gotowość przyjąć przed ciągnieniem napowrót losy za zwrotem opłaty gdyby życzeniom nieodpowiadały.

Wypłata wygranych nastąpi zawsze zaraz **pod rękojmią Państwa**

Naszemu zakładowi sprzyja zawsze szczęście i już nieraz wypłaciliśmy naszym interesantom największe wygrane między innemi wygrane **250.000** mrk.. **100.000** mrk., **80.000** mrk., **60.000** mrk., **40.000** mrk. itd.

Prawdopodobnie niezawodnie liczyć można przy takiém przedsięwzięciu **na najpewniejszéj podstawie** opartém na żywy udział, prosimy więc, już **ze względu na** bliskie ciągnienie wszelkie zlecenia przesyłać jak można najrychléj wprost do nas.

Kaufmann & Simon

Kantor bankowy i wymiany w Hamburgu.

P. S. Dziękujemy niniejszém za zaufanie, którym nas dotąd obdarzano i zapraszając przy rozpoczynającym się nowym losowaniu do udziału, starać się będziemy i nadal przez zawsze szybkie a rzetelne usłużenie zaskarbić sobie całkowite zadowolenie naszych szanownych interesantów.

Wyżéj podpisani.

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYNSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i zagraniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępująca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE różnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIĄGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁOTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

ZAKŁAD KURACYJNY

klimatyczno-żętyczny

W KULASZNEM

otwartym zostaje 15go Maja rb.

Zakład posiada 50 wygodnie urządzonych pokoi dla gości, po bardzo umiarkowanych cenach. W zakładzie dostanie świeżego mleka prosto od krów, żętycy świeżo dwa razy dziennie wyrabianéj i mleka kwaśnego. Kąpiele natryskowe w wannach, oraz w bystréj górskiéj rzece Osławie, która koło ogrodu przepływa. Aparata inhalacyjne, apteka pod nadzorem lekarza zakładu. Sala obszerna służy do zebrań i zabaw dla gości. Dobra restauracyja, w któréj potrawy świeżo, smacznie i zdrowo przyrządzone bywają.

Poczta, telegraf i stacyja kolei w miejscu.

Lekarz ordynujący i mieszkający w zakładzie

Dr. Gródecki.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

Zakład wodoleczniczy

Racyjonalna hydroterapija, kąpiele rzeczne, gimnastyka, wody mineralne. Obszerny i wygodnie urządzony zakład kąpielowy cały rok otwarty. Dyjetetyczne stosowanie, zdrowe powietrze, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Wielce skuteczne leczenie wodą w chorobach nerwowych, w katarach w ogóle, a szczególniéj żołądka, kiszek, pęcherza i macicy, w przekrwieniach wątroby i śledziony, w reumatyzmach, niedokrwistości, zakażeniu rtęciowém, skrofulicznem, zimniczém, w bezpłodności, otyłości, blednicy, nasieniotoku, niemocy męzkiéj i w ogólnych osłabieniach po ciężkich chorobach, po kuracyi wodami karlsbadzkiemi, maryjenbadzkiemi i t. p.

Utrzymanie całodzienne z leczeniem i kąpielami 2 Rsr. do 3 Rsr. 50 kop.

Komunikacyja przez Skierniewice stacyją Dr. żel. Warsz. Wied. i Warsz. Byd. i przez Rawę lub z Warszawy wprost karetkami pocztowemi przez Grójec. Bliższe objaśnienia w Aptece Kucharzewskiego w Warszawie, Senatorska 480 lub w Nowém Mieście nad Pilicą w Zarządzie Zakładu.

Dr. Leon Rzeczniowski. ***Dr. Jan Biliński.***

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.